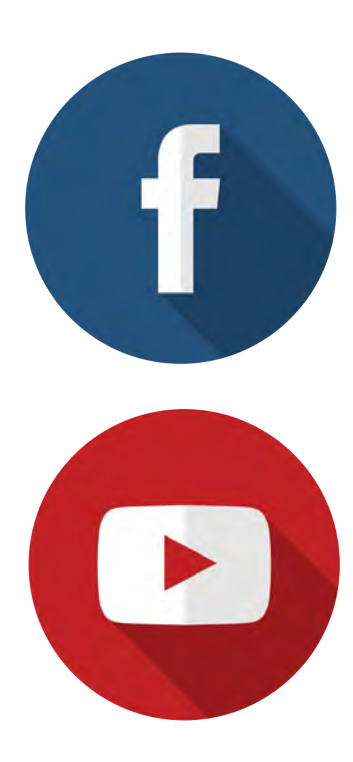
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT DU MODULE D'HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE (2016-2017)

SUPPURATIONS ANALES

Pr M. SENGOUGA
SERIVICE DE CHIRURGIE GENERALE « B »
HÔPITAL CENTRAL DE L'ARMEE
DR MOHAMED SEGHIR NEKKACHE

PLAN DU COURS

I. INTRODUCTION- DÉFINITION;

II. CLASSIFICATIONS;

II. DIAGNOSTIC CLINIQUE

III. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

IV. TRAITEMENTS.

V. CONCLUSION.

VI. ALGORITHME DECISIONNEL.

INTÉRÊT DE LA QUESTION

C'est une pathologie:

1) Fréquente dans la pratique proctologique car elle arrive au 3éme rang;

2) Bénigne mais invalidante du fait de son évolution chronique et traînante;

3) Son traitement reste résolument chirurgical dans le double but d'éradiquer la suppuration tout en conservant la continence anale.

INTRODUCTION

- les suppurations de la région anale comprennent:

1° *Suppurations nées du canal anal (76%)* ➜ fistules anales et abcès crypto glandulaire, fissures infectées;

2° *Suppurations d'origine anale (2 %)* ➜ LAP au cours de la M. Crohn, Kc colloïde à forme fistuleuse;

3° *Suppurations indépendantes de l'anus et du rectum (22 %)* ➜KPC, maladie de Verneuil, furoncle ou anthrax du périnée.

DEFINITIONS

- **Abcès et fistule = 1 seule maladie**
- des phases successives aigue et chronique d'une même pathologie
- Infection: glande d'**Hermann et Desfosses situées sur la ligne** des cryptes du canal anal qui s'ouvrent à la partie moyenne du canal anal.

RAPPEL ANATOMIQUE

- Le canal anal, long de 3 cm en moyenne, traverse le périnée postérieur et se terminer au niveau de la ligne ano-cutanée.
- Il est constitué :

→ D'un appareil sphinctérien =

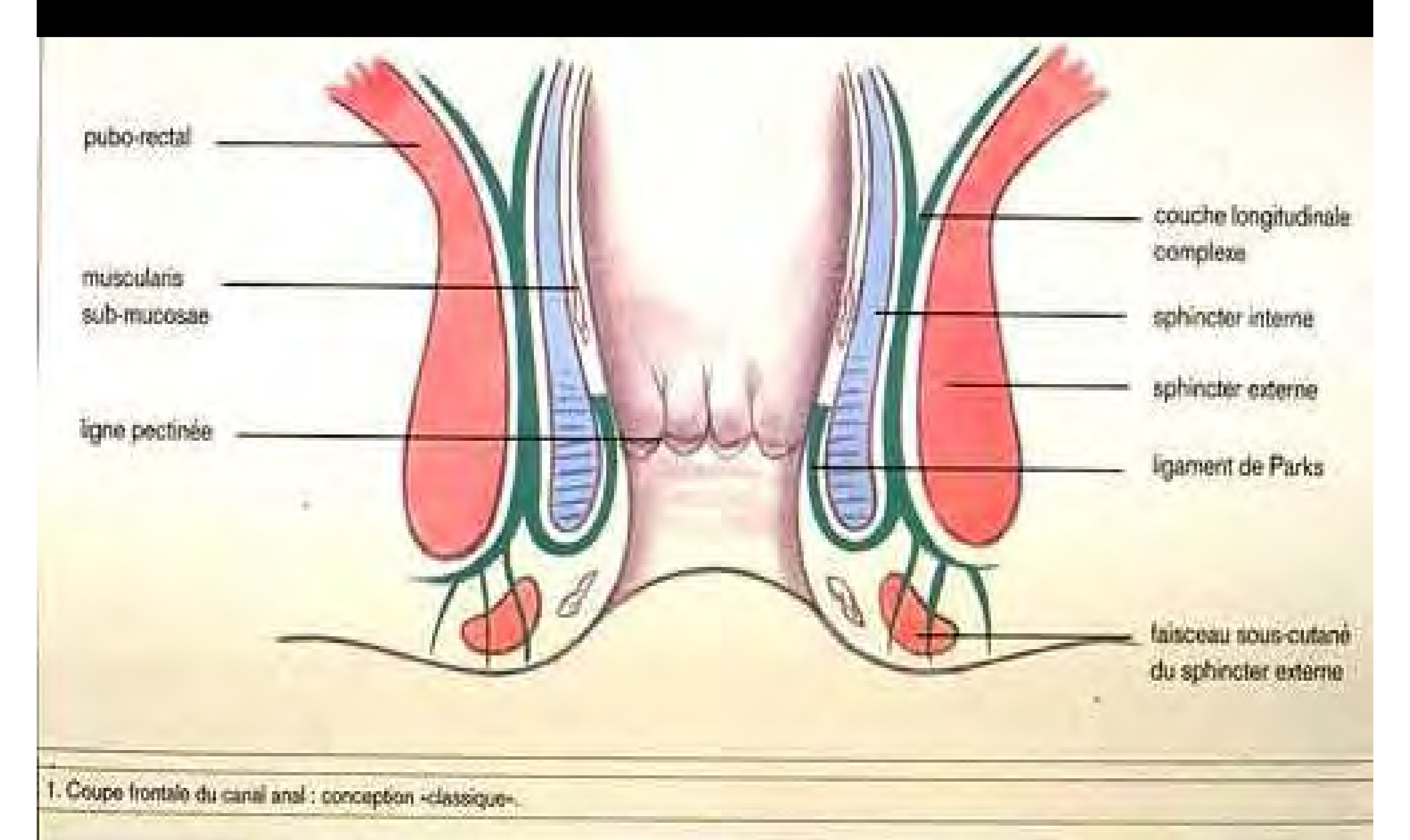
➢ le sphincter lisse, interne.

➢ le sphincter strié, externe.

→ D'un revêtement cutanéo-muqueux: du CA est séparé en deux par la ligne pectinée, reconnaissable par les valvules semi-lunaires qui délimitent les cryptes de Morgagni.

- Les glandes d'Hermann et Desfosses sont des ***canaux qui s'étendent dans la sous muqueuse et qui traversent le sphincter interne:*** Elle s'abouchent dans le canal anal au niveau des cryptes de Morgagni (ligne pectinée)

ANATOMIE DU CANAL ANAL



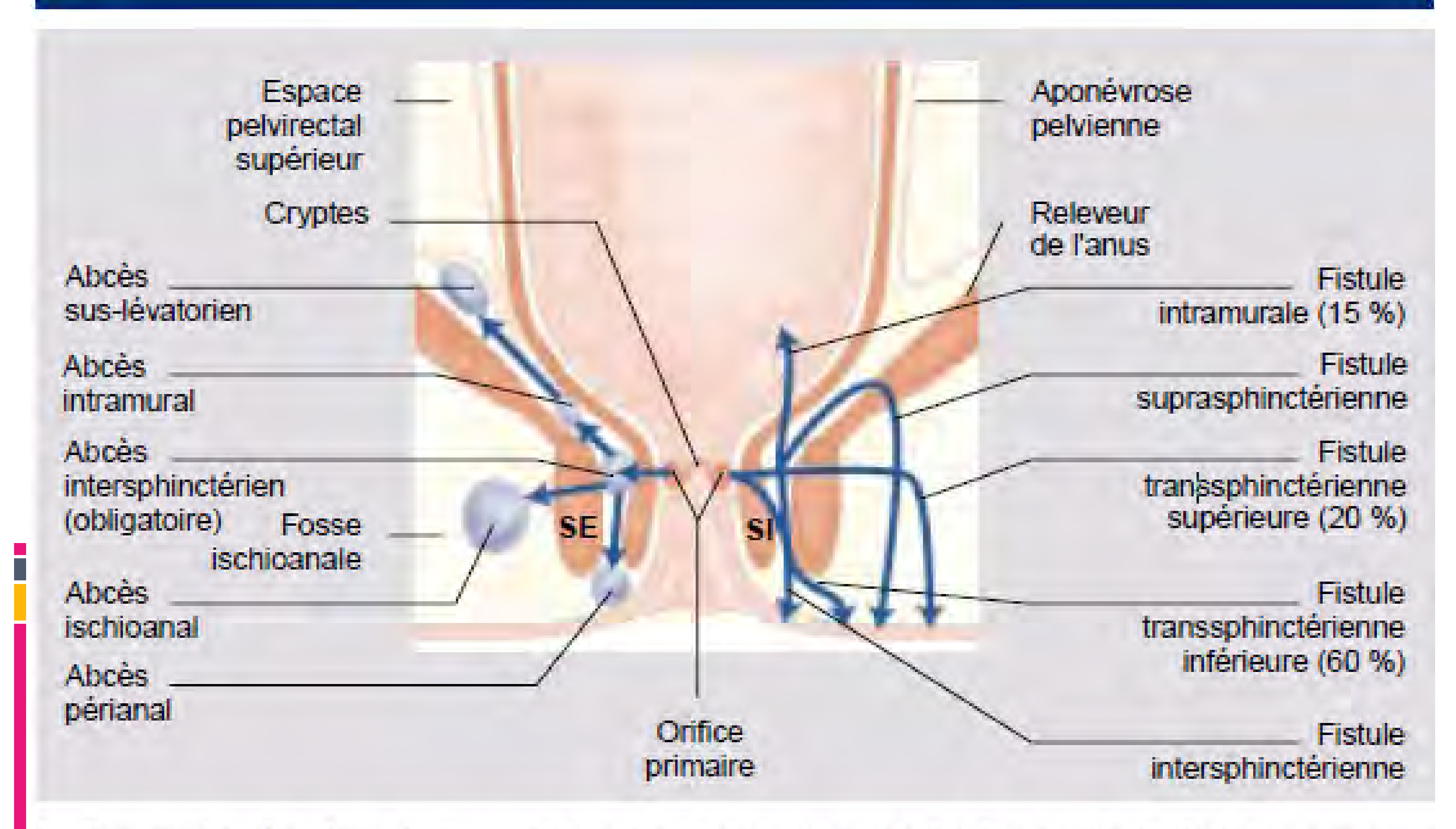
1. Coupe frontale du canal anal : conception «classique».

ETIOPATHOGÉNIE

- Le mécanisme des suppurations anales (abcès fistuleux de l'anus) est univoque;
- Le point de départ des S.A. est l'infection d'une glande anale d'Hermann et Desfosses.
- Germes en cause = **Germes intestinaux;**
- Représentant 71 % des suppurations anales
- Toute fistule passe par 3 stades:

1. Stade primaire: orifice primaire;
2. Stade d'extension: trajet fistuleux;
3. Stade terminal: orifice secondaire.

CLASSIFICATION DES SUPPURATIONS ANALES



1 *Topographie des abcès de l'anus (à gauche) et des principales fistules simples (à droite), sur une vue verticofrontale (coronale) de l'anus et du rectum. SI : sphincter interne ; SE : sphincter externe.*

CLASSIFICATIONS
1) C. Des abcès

- A. de la MA ➜ 45 %;
- A du creux ischiorectal ➜23 %;
- A intramural ➜20 % ;
- Autres rares: pelvirectaux supérieurs et les abcès sous-muqueux du rectum.
- A. en « fer à cheval » ➜ 3 %.

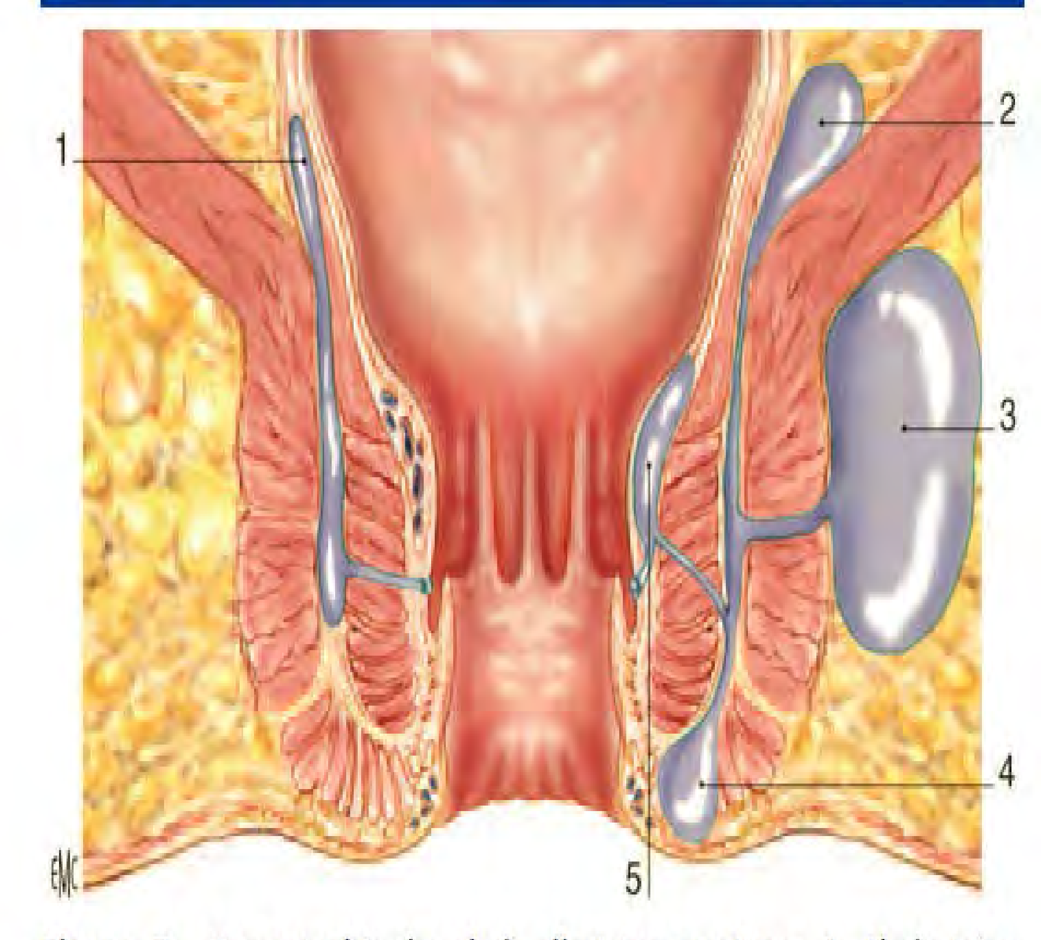


Figure 2. Topographie des abcès d'origine cryptique. 1. Abcès intramural du rectum ; 2. abcès pelvirectal supérieur ; 3. abcès du creux ischiorectal ; 4. abcès de la marge anale ; 5. abcès sous-muqueux.

C. Des fistules cryptiques « C de Parks »

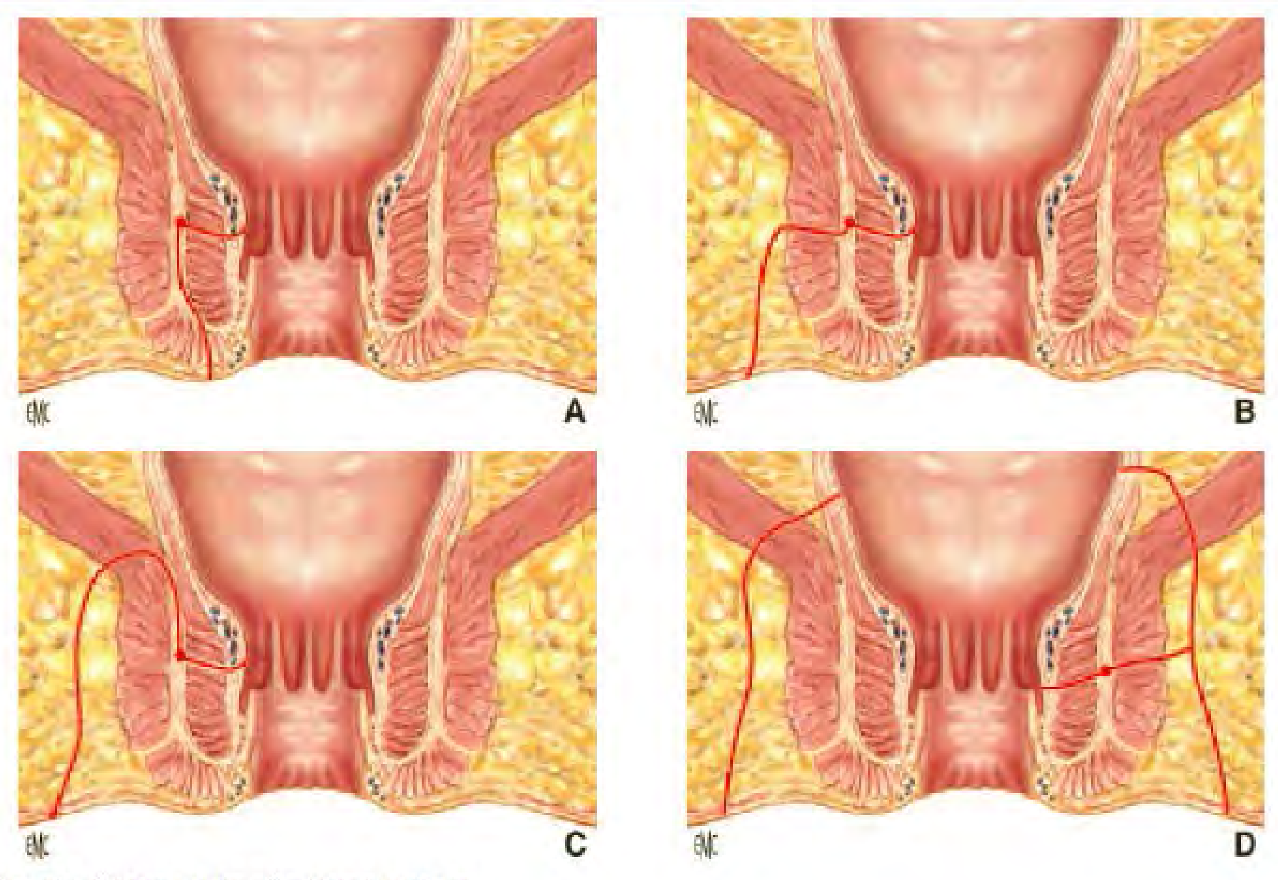


Figure 4. Classification des fistules anales d'origine cryptique.
A. Type I : fistule intersphinctérienne.
B. Type II : fistule trans-sphinctérienne.
C. Type III : fistule suprasphinctérienne.
D. Type IV : fistule extrasphinctérienne.

MANIFESTATIONS CLINIQUES (1)

Phase aigue ou Abcès: Urgence ++

1. Douleur: *vive, permanente, souvent pulsative, non rythmée par la selle.*
2. Syndrome infectieux: variable, fièvre 38/39, pfs frissons;
3. Examen:

- Masse rouge, tendue, latéro-anale;
- TR: point douloureux anal, parfois impossible

➡ Fact risque: diabète / HIV….

MANIFESTATIONS CLINIQUES (2)

Phase chronique ou Fistule:

- Peut succéder à une phase d'abcès
- Installation d'emblée

- Le syndrome infectieux a disparu;
- Le syndrome local, c'est la fistule anale: Examen: orifice externe périanale par où s'écoule du pus.



Fistule anale

abcès anal collecté

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- ***Examens d'imagerie:***

❖ Echographie endorectale: pas systématique;

❖ IRM du canal anal ++++;

❖ Fistulographie: Abandonnée.

- ***Bilan sphinctérien préopératoire en cas:***

❖ Continence limite ou altérée;

❖ Suppuration très complexe ou multi-opérée;

❖ Récidive et/ou trajet complexe.

FORMES COMPLIQUÉES

- ***Décompensation de tare (diabète);***
- ***Septicémie avec choc septique***
- ***Diffusion locale de l'abcès allant jusqu'à la gangrène de Fournier;***
- Écoulement chronique***: en cas de mauvais traitement.***

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Cancer à forme fistulisante;
- Lésions suppurées spécifiques :
  - ✓ Tuberculose anale;
  - ✓ Maladie de Crohn;
  - ✓ HIV,…
- Sinus pilonidal.
- Maladie de Verneuil

TRAITEMENT (1)

- Le trt des abcès et fistules anales est exclusivement chirurgicale:

❖ ***Traitement des abcès :*** Le principe est de :

1) drainer l'abcès, d'évacuer les débris qu'il contient ;
2) et de traiter, si possible, la fistule qui lui a donné naissance depuis l'orifice primaire:

➢ soit en un temps;

➢ soit en deux temps.

- Le risque de récidive n'est pas négligeable (20%)

TRAITEMENT (2)

❖ ***Traitement des fistules ,*** Il vise à:

1) Guérir la suppuration;

2) Éviter les récidives;

3) Respecter la continence.

- Différentes techniques: Fistulotomie - Fistulectomie - Section lente du sphincter sur séton - Lambeau d'avancement - Colle biologique / Plug à résorption lente.

COMPLICATIONS POSTOPÉRATOIRES

1) ***Hémorragie:***

2) ***Infection ;***

3) ***Retard de cicatrisation :*** de 5 à 6 mois;

4) ***Incontinence anale:*** passagère ou permanente, elle peut intéresser les gaz, les matières liquides ou les selles.

5) ***Récidive :*** devenue rare après traitement bien conduit.

6) ***rétention des urines:*** dans les suites de toute chirurgie anorectale.

7) **Autres:** ***rétrécissement anal, douleur anale*** ,

Erreurs à éviter

- Confondre l'orifice secondaire juxta-anal d'un KPC avec celui d'une fistule anale.
- Donner des antibiotiques avant la chirurgie.
- Penser qu'un abcès ou une fistule anaux peuvent guérir sans chirurgie.
- Ne pas évoquer une maladie de Crohn devant des fistules récidivantes.

CONCLUSION

- Abcès = fistule anale ➜ Maladie fréquente;
- Le traitement AB n'est pas curatif mais à visée péri opératoire;
- Pour soulager les patients en attendant le geste chirurgical utiliser des antalgiques de niveau 2 ou 3 mais pas d'AINS;
- Le traitement des abcès en phase aigue et chronique est toujours chirurgical;
- Le + souvent simple mais parfois nécessitant des traitements pénibles en plusieurs temps opératoires.